

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 506

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean PERROSSIER

Né le 23 avril 1907, à Percy (Manche).

**Les applications externes
de Mercurochrome en
thérapeutique dermatologique**

Président : M. TANON, Président.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean PERROSSIER

Né le 23 avril 1907, à Percy (Manche).

Les applications externes
de Mercurochrome en
thérapeutique dermatologique

Président : M. TANON, Président.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIÈRE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
Clinique médicale	}	LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants		LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux		GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses		GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	}	LEMIERRE.
		CUNEO.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		GRÉGOIRE.
Clinique urologique		LENORMANT.
Clinique d'accouchements	}	TERRIEN.
		MARION.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique		COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale		MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		RATHERY.
Clinique propédeutique		LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose		Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		SERGENT.
Clinique cardiologie		BEZANÇON.
		MATHIEU.
		LAUBRY.
Professeurs sans chaire	}	HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 PHILIBERT, agrégé Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LES PROFESSEURS CARNOT

P. DUVAL

GUILLAIN

NOBECOURT

RATHERY

VAUDESCAL

M. LES DOCTEURS

PROUST

L. RAMOND

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE FONTAINEBLEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR CORDEY

Médecin de l'Hôpital.
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Mlle LE DOCTEUR BAUDRY

Médecin de l'Hôpital.
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

*En témoignage de ma reconnais-
sance pour leur enseignement si
bienveillant et si brillant.*

A M. LE DOCTEUR TZANCK

Médecin des Hôpitaux.

*Qui nous a réservé un accueil si
bienveillant dans son service.*

A M. LE DOCTEUR SIDI

Assistant du Service.

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et nous a guidé
de ses précieux conseils.*

A M. LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

INTRODUCTION

Peu de publications ont été faites jusqu'à ce jour sur les applications externes de mercurochrome en thérapeutique dermatologique.

Durant ces deux dernières années ce produit a été systématiquement employé pour le traitement de diverses dermatoses par notre Maître le D^r TZANCK a qui nous tenons à exprimer ici notre profonde reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il a bien voulu nous réserver dans son service.

Ce sont les très intéressants résultats obtenus qui ont incité son assistant le D^r SIDI, a nous suggérer l'idée de faire un travail sur ce sujet.

Nous commencerons notre exposé par un bref historique et un rappel des propriétés chimiques et pharmacodynamiques du mercurochrome produit relativement récent introduit en France par les Américains. Ensuite nous étudierons systématiquement les diverses dermatoses auxquelles le procédé est applicable.

Nous terminerons par un court chapitre sur les avantages et les inconvénients de la méthode.

APERÇU HISTORIQUE

Le mercurochrome fut découvert en 1916 par HUGH H. YOUNG de Baltimore à l'Institut Urologique James Buchanan Brady.

En 1919, YOUNG, WHITE et SCHWARTZ expérimentèrent sur l'animal ce nouveau produit et en démontrèrent la valeur clinique. A la suite de ces expériences on s'aperçut qu'il pouvait être facilement injecté à hautes doses par voie intraveineuse.

Le mercurochrome fut employé d'abord en urologie car il ne faut pas oublier que YOUNG cherchait un antiseptique urinaire.

Les principales qualités que l'on reconnaissait, au nouveau produit étaient, sa faible toxicité, un pouvoir germicide élevé, sa facile solubilité dans l'eau, sa rapidité de pénétration dans les tissus malades, son absence d'irritation.

Par la suite on étendit rapidement l'emploi du mercurochrome à presque toutes les spécialités.

C'est à partir de 1926 qu'il fut employé en Amérique par YOUNG pour le traitement des infections de la peau (pyodermites, eczémas infectés, impétigo).

La première communication ayant trait à son emploi en France fut faite par G. LÉO de Tourville à la Société de Chirurgie en 1929. Il préconise son em-

ploi dans la désinfection du champ opératoire pour remplacer la teinture d'iode; il l'utilise aussi dans le traitement des furoncles et de l'anthrax.

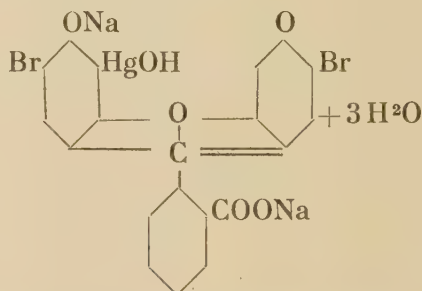
En France encore c'est le D^r GATÉ de Lyon, qui fait en juin 1932, dans le bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie la première communication relative à son emploi en dermatologie. Il le préconise vivement dans le traitement du chancre mou et des pyodermites.

Plus récemment c'est à notre Maître le D^r TZANCK et à son assistant le D^r SIDI que revient le mérite d'avoir montré la grande valeur de cet antiseptique dans le traitement des épidermomycoses. Plusieurs publications ont été faites à ce sujet à la Société de Dermatologie.

ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACODYNAMIQUE DU MERCUROCHROME

Nous rappellerons brièvement les principales propriétés du mercurochrome. C'est le sel disodique de la 2-7 dibromo, 4 hydronymercurifluorescéine.

Il a pour fomule :



Il se prépare en faisant agir l'acétate mercurique sur le dibromofluorescéine, poudre rouge insoluble dans l'eau. Le sel disodique correspondant ou mercurochrome se présente sous la forme de cristaux en-pailettes irisées contenant de 23 à 26 % de mercure. Ce produit est très soluble dans l'eau, donnant des solutions d'une coloration rouge cerise, fluorescentes en dilution appropriée, inaltérables par l'air, la lumière ou un chauffage modéré.

Cette solution colore la peau en rouge vif. On enlève facilement les taches en les frottant avec une

solution à 2 % de permanganate de potassium et en faisant agir ensuite une solution d'acide oxalique à 2 %. Une autre méthode plus simple consiste à les enlever par l'acétone.

Propriétés antiseptiques.

Le pouvoir bactéricide du mercurochrome tient à sa forte teneur en mercure. Les premières recherches expérimentales à ce sujet furent faites par HUGHE H. YOUNG sur des cultures de colibacille et de staphylocoque doré. Il prit comme milieu une prise de Ph = 6,4 prélevée aseptiquement.

Les résultats qu'il obtint sont réunis dans le tableau suivant :

Le colibacille est tué en 1 min. par la sol. à	1/800
— — 5 min. —	1/1000
— — 15 min. —	1/5000
— — 1 h. —	1/10.000
— — 24 h. —	1/20.000

Le staphylocoque est tué :

En 1 min. par la sol. à	1/1.000
5 min. —	1/5.000
15 min. —	1/10.000
1 h. —	1/20.000

Le pouvoir antiseptique du mercuro-chrome est moindre dans les milieux contenant des substances protéïques. En effet en prenant comme milieu du liquide d'hydrocèle le colibacille n'est tué qu'en 1 h. par la solution à 1/1.000 et en 24 h. par la solution à 1/4.000.

Le mercurochrome a une remarquable action bactéricide vis-à-vis du gonocoque. Réunissons dans un tableau comparatif le pouvoir germicide du mercurochrome et celui des autres antiseptiques employés habituellement dans le traitement des urétrites.

Le gonocoque est tué in vitro en vingt minutes par une solution de :

Mercurochrome à	1/10.000
Permanganate de potassium à	1/2.000
Argyrol à	1/800
Protargol à	1/400

Ces résultats montrent nettement la haute valeur antiseptique du mercurochrome vis-à-vis du gonocoque d'autant plus qu'en pratique urologique, on emploie des solutions infiniment plus concentrées.

Pouvoir pénétrant et élimination.

Ces propriétés ont été bien étudiées par HUGH H. YOUNG en ce qui concerne l'appareil génito-urinaire. Le grand pouvoir de pénétration du mercurochrome est dû à la fluorescéine qui comme toute matière colorante est extrêmement diffusible. Nous ne rapporterons pas les différentes expériences qui ont été faites à ce sujet car elles sortent un peu du cadre de notre étude.

Le pouvoir de pénétration sous la peau a été étudié en France par le Dr DE LAROCHE de Clermont-Ferrand.

Il badigeonne avec la solution à 2 % la peau de la paroi abdominale d'un cobaye, en la rasant préala-

blement et il sacrifie l'animal cinq minutes après. L'examen histologique des coupes montre que le mercurochrome a pénétré jusqu'à la couche génératrice et s'y est déposé en formant de petits grains.

L'élimination du mercurochrome introduit dans l'organisme se fait rapidement par l'urine qui devient rose pâle, par la bile et par les fèces.

Toxicité.

On l'a expérimentée sur le lapin et le chien.

En injectant par voie intraveineuse cinq milligrammes de mercurochrome par kilogramme à un lapin, on ne constate pas d'oblitérations histologiques des reins, ni de modifications dans l'aspect des globules blancs et rouges. Par contre il existe une légère albuminurie qui peut persister pendant une semaine environ et une diminution de la perméabilité rénale.

Si l'on injecte des doses plus considérables (dix à quatorze milligrammes par kilogramme) on provoque la mort en 24 heures avec des lésions plus ou moins accusées de néphrose.

Ces effets toxiques sont atténués par la ligature du cholédoque et dérivation de la bile par cholécystostomie.

Le chien supporte mieux les effets toxiques du mercurochrome. Une dose de dix milligrammes par kilogramme ne provoque aucun malaise, ni désordre de l'organisme. On observe seulement une légère albuminurie et une diminution temporaire de l'élimina-

tion de la phénol sulfo-sephthaléine qui revient à la normale avec la disparition de l'albumine.

Chez l'homme, on administre le mercurochrome par voie intraveineuse à la dose de cinq milligrammes par kilogramme en solution à 1/100 à intervalle d'au moins 48 heures. Quelquefois on observe à la suite de cette injection une légère dépression et des nausées.

En pratique dermatologique nous n'emploierons que des applications externes locales. L'absorption se fera donc lentement, les doses employées resteront très loin des doses maxima tolérées. Par conséquent nous n'aurons même pas à faire mention de ces petits inconvénients inhérents aux injections intra-veineuses.

Tolérance des tissus.

La grande tolérance des tissus vis-à-vis du mercurochrome, malgré sa teneur élevée en mercure, tient à ce que dans ce dernier les ions ne sont pas à l'état libre, le mercure est à l'état de molécule inhérente à la substance colorante.

HUGH H. YOUNG a montré expérimentalement cette tolérance; citons une de ses expériences les plus probantes.

Il injecte dans le cul-de-sac conjonctival d'un lapin quelques gouttes de la solution à 1/100, il n'observe aucune marque d'irritation.

La clinique journalière est également probante.

La solution à 1/100 a été souvent employée en in-

jections urétrales ou vésicales sans qu'il y ait eu de phénomènes d'irritation. Fait intéressant à noter, on n'a jamais observé de rétrécissement de l'urètre à la suite de ces injections.

Dans le traitement des métrites, on n'observe jamais de lésions irritatives, qu'il s'agisse d'attouchements simples du col ou d'instillations intra-cervicales. Au bout de plusieurs applications la muqueuse du museau de tanche reste lisse, rosée, d'aspect normal aux endroits où elle était saine.

Cette tolérance parfaite des muqueuses nous montre tout de suite une application très intéressante du mercurochrome en pratique chirurgicale et obstétricale. C'est la désinfection des organes génitaux externes pour lesquels on emploie habituellement la teinture d'iode. Elle a le grand inconvénient d'être d'une application très douloureuse et provoque souvent des brûlures. Le mercurochrome aura le grand avantage d'être indolore et de présenter une absence totale de causticité.

**SOUS QUELLE FORME
ET A QUELLES DERMATOSES POURRA-T-ON
APPLIQUER CE TRAITEMENT ?**

Nous avons déjà vu que c'est dans le traitement des pyodermites que fut appliqué pour la première fois le mercurochrome en thérapeutique dermatologique.

Peu de temps après, on reconnaît la grande efficacité de ce produit dans les chancres ou le traitement fait merveille.

Notre Maître le D^r TZANCK en étend ensuite l'application aux épidermomycoses et aux ulcères variqueux.

Nous étudierons donc successivement :

Le pityriasis versicolore, affection assez bénigne, mais récidivante.

L'érythrasma aussi fréquent que le pityriasis versicolore, quoique moins connu des praticiens.

L'eczéma marginé de Hébra ou épidermophytie inguinale affection très rebelle et récidivante au possible.

L'épidermophytie des extrémités qui quoique bénigne est très pénible pour le malade par sa durée presque indéfinie si on ne la traite énergiquement.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'employer le mer-

curochrome dans les trichophyties sauf dans un cas de KÉRIION DE CESLE ou nous avons eu d'ailleurs un résultat thérapeutique remarquable, mais il est très probable que les applications de cet antiseptique pourraient être facilement étendues à cette classe de mycoses.

Après l'étude des épidermomycoses, nous verrons l'application du mercurochrome dans :

L'impétigo vulgaire qui est la forme des pyodermites ou l'emploi de cet antiseptique est le plus intéressant.

Le chancre mou qui est un des triomphes de la méthode.

Enfin nous terminerons par *l'ulcère variqueux* dont ce n'est pas évidemment le seul traitement, mais, ou nous rapporterons les très intéressants résultats que nous avons obtenus.

Pour le traitement de toute ces dermatoses, nous emploierons une solution de mercurochrome dans de l'eau distillée à la concentration de 1 ou 2 % et quelquefois mais très rarement à 5 %.

Nous emploierons cette solution en badigeonnages quotidiens ou biquotidiens en insistant sur l'application en pleine lésion mais également à la périphérie comme l'a préconisé le D^r GATÉ de Lyon. On ne risque absolument rien en agissant ainsi, étant donné la parfaite innocuité pour les tissus de la solution de mercurochrome aux concentrations couramment employées. L'application n'en est aucunement douloureuse et de cette façon on peut désin-

fecter largement les tissus sains voisins des tissus malades.

Nous ferons usage parfois aussi de la solution suivante :

Mercurochrome	1 gr.
Eau distillée	70 gr.
Alcool à 95°	110 gr.
Acétone	20 gr.

Elle semble donner de meilleurs résultats dans les cas rebelles.

Nous nous servons aussi d'une pommade à 1 ou 2 % formulée ainsi :

Mercurochrome : 0 gr. 30 à 0 gr. 60.

Lanoline : 15 gr.

Vaseline : 15 gr.

15 gr.

Cette pommade sera employée soit isolément, soit en alternant avec la solution.

En général avant d'appliquer l'antiseptique, nous ferons un décapage des mycoses par la vaseline salicylique ou le savon noir.

PITYRIASIS VERSICOLOR

C'est le merveilleux résultat qui fut obtenu par l'application du mercurochrome sur cette épidermomycose, qui a déterminé le D^r TZANCK et son assistant le D^r SIDI à étendre son emploi à d'autres dermatoses et particulièrement à d'autres épidermomycoses.

Le Pityriasis versicolor est une affection parasitaire de l'épiderme due au *Microsporon furfur* ou *Malassezia furfur*. Elle se voit rarement chez l'enfant, elle est au contraire très fréquente chez l'adolescent et chez l'adulte. Cette mycose est peu contagieuse, elle est transmissible soit directement, soit par les vêtements, mais il faut une prédisposition spéciale, favorisée par l'hypersécrétion sudoripare et sébacée et l'absence des lavages. Le territoire d'élection du parasite est le thorax, surtout le haut de la poitrine, de là il gagne les épaules, l'abdomen, les aines, les bras, rarement les jambes. Toute la surface cutanée à l'exception des mains et des pieds peut être atteinte.

Le Pityriasis versicolor se présente sous forme de taches colorées de formes et de dimensions variables, bien limitées. La coloration est uniforme mais varie

du jaune grisâtre au brun. La surface est faiblement squameuse farineuse ou tout à fait lisse.

C'est la moindre adhérence des assises cornées parasitées qui fait qu'un coup d'ongle détache sans faire saigner un lambeau desquamatif. Ce signe du coup d'ongle ou du copeau est pathognomonique.

Cette dermatose ne donne lieu à aucun prurit. La durée en est fort longue, indéfinie. Les récidives sont fréquentes. Le diagnostic est basé essentiellement sur le signe du coup d'ongle.

Le traitement classique est l'alcool iodé à 1 %. Il faut bien décapier l'épiderme corné qui seul loge le parasite. Parfois, il suffira pour le faire disparaître d'effectuer plusieurs soirs de suite des frictions au savon mou de potasse pendant dix minutes. Dans les régions délicates comme les aines, les aisselles, on prescrit une pommade à l'acide salicylique à 1 p. 30; dans les cas rebelles des pommades à la chrysarobine à 1 p. 1000.

Notre Maître, le Dr TZANCK préconise les badigeonnages quotidiens avec la solution de mercurochrome à 2 % après décapage au savon noir.

Voici l'observation princeps du service qui a d'ailleurs été déjà publiée à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie dans sa séance du 14 janvier 1937.

M. M..., Pierre, 26 ans, présente depuis plusieurs années un pityriasis versicolore rebelle; il a été traité à plusieurs reprises par l'alcool iodé mais les lésions ont récidivé à chaque fois. Il vient nous consulter à l'hôpital Broca en

mai 1935. Il présente des éléments de pityriasis très nombreux dont certains atteignent la taille d'une paume de main. Tout le thorax est envahi. Nous lui donnons le traitement habituel (application le soir de pommade salicylée et le matin d'alcool iodé à 1 %) mais le malade ne paraît pas satisfait de ce traitement qu'il connaît déjà. Nous lui conseillons alors d'appliquer ce traitement uniquement sur le côté droit du corps, à gauche nous faisons badigeonner les lésions tous les soirs avec une solution de mercurochrome à 2 %. Trois jours plus tard nous revoyons le malade; du côté droit les lésions semblent améliorées mais on y met encore facilement en évidence le signe du copeau et il existe en plus une irritation cutanée assez vive. A gauche au contraire sous la teinte rouge, la peau paraît absolument normale sans aucune squame. Le malade se refuse alors à continuer le traitement iodé et applique partout le mercurochrome. Huit jours plus tard il revient nous voir enchanté, complètement guéri. Nous avons eu l'occasion de revoir plusieurs fois le malade, son pityriasis n'a pas récidivé.

Voici encore une autre observation aussi probante :

Mlle R..., Simone, 23 ans, employée de bureau vient nous voir en juillet 1936, elle présente depuis plusieurs années du pityriasis versicolore en petites plaques isolées sur le thorax et les épaules. Elle sait par expérience que tous les ans au moment de ses vacances, au soleil, son pityriasis s'étend et surtout devient très visible ce qui l'ennuie considérablement. Nous lui conseillons des badigeonnages au mercurochrome pendant huit jours. La malade part alors aux bains de mer. A son retour elle vient nous apprendre que son pityriasis a définitivement disparu. En effet sa peau est régulièrement brunie sans aucune trace de mycose.

ERYTHRASMA

Affection aussi fréquente que le pityriasis versicolor. Elle se voit surtout chez l'homme adulte, plus rarement chez la femme, on ne l'observe jamais chez l'enfant. Elle est causée par le *Microsporon minutissimum* ou *Actinomyces minutissimus*.

L'affection se caractérise « par des plaques arrondies pouvant devenir polycycliques par fusion et qui sont toujours et exclusivement localisées à la face interne de la cuisse sans dépasser le pli génito-crural qui limite ainsi les cercles malades suivant une sécante à leur partie supérieure. On ne trouve pas de lésions circonscrites guéries en leur centre et dont la bordure seulement est en activité comme dans l'épidermophytie; on a des cercles, c'est-à-dire des surfaces atteintes dans toute leur étendue et dont les bords bien arrêtés ne diffèrent pas de la partie centrale » (BODIN).

La couleur de ces placards est brunâtre ou rose jaunâtre. On n'y observe jamais de vésicules. La surface est plane, souvent quadrillée, finement squameuse sous le grattage. Elle est onctueuse et humide pendant la transpiration. On observe parfois à ce moment un léger prurit, qui manque habituellement, si bien que le malade ignore souvent sa dermatose. Le développement en est lent, de durée indéfinie.

Il existe une forme aigue rare, avec des plaques de coloration rouge vif s'étendant avec rapidité aux cuisses, à l'abdomen et aux grands plis articulaires.

L'érythrasma est très peu contagieux, la transmission semble se faire par les linges et les cabinets d'aisances.

Le diagnostic est en général évident. L'épidermophytie inguinale est plus rosée, polycyclique et marginée. L'intertrigo est inflammatoire et sans contours arrêtés.

Le traitement consiste en frictions locales avec l'alcool iodé, comme pour le pityriasis versicolor, avec cette différence que l'érythrasma étant plus rebelle, il peut continuer assez longtemps. On peut faire un traitement discontinu de huit jours par quinzaine par exemple.

Notre traitement consistera simplement après décapage au savon noir à pratiquer matin et soir un badigeonnage de la plaque et de la peau saine environnante avec la solution de mercurochrome à 2 %.

Citons une intéressante observation d'érythrasma qui avait résisté au traitement par l'alcool iodé :

M. R..., André 27 ans préparateur en pharmacie, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 16 janvier 1937 pour un « intertrigo » nous dit-il. En réalité il nous montre à la face interne des deux cuisses au-dessous du pli inguinal, deux placards de teinte bistre, l'un de la taille d'une paume de main, l'autre n'atteignant que les dimensions d'une pièce de cent sous. Les lésions datent de plusieurs mois, ne sont ni prurigineuses ni suintantes, elles ont un contour dentelé très net. Nous portons le diagnostic d'érythrasma (confirmé d'ail-

leurs par la mise en évidence du microsporon minutissimum). Le malade a déjà appliqué de l'alcool iodé sans grand résultat. Nous lui conseillons des badigeonnages au mercurochrome à 2 % mais il suspend son traitement au bout de cinq jours et constate quelque temps après que les lésions existent toujours. C'est alors que nous lui faisons appliquer tous les soirs pendant quinze jours de suite une solution de mercurochrome à 4 %. Cette fois ci la guérison se maintient, le malade, un mois après la cessation du traitement ne présente aucune trace d'érytrasma.

Le gros avantage de notre traitement sur l'alcool iodé est son innocuité absolue pour les tissus fragiles, cas qui se présente justement pour l'épiderme de la région inguinale.

EPIDERMOPHYTIE INGUINALE

L'épidermophytie inguinale ou eczéma marginé de HEBRA est due à l'Epidermophyton inguinale. Ce parasite peut infiltrer l'épiderme du collet folliculaire mais il n'atteint jamais le poil contrairement au trichophyton dont il est très voisin botaniquement.

C'est une affection fréquente chez l'adulte, elle est contagieuse, elle se propage par les rapports sexuels ou par les cabinets d'aisances. On en observe des épidémies dans les collèges, les ateliers.

Ce qui caractérise l'eczéma marginé de HEBRA c'est « sa localisation aux plis naturels et aux plis inguinaux d'abord et a la région supéro-interne de la cuisse » SABOURAUD.

Il est en général bilatéral. Il envahit la face interne de la cuisse le pli inguinal, le scrotum, les grandes lèvres. La lésion est asymétrique par rapport au pli débordant beaucoup plus largement sur la face interne des cuisses.

L'affection peut s'étendre aux aisselles, aux plis sous mammaires aux jambes, a l'ombilic.

L'élément est au début une tâche nettement limitée, nummulaire, rouge et squameuse et s'étend rapidement en confluant avec d'autres tâches. Finalement on observe une vaste plaque a bords fes-

tonnés, à la périphérie de laquelle se trouve la zone d'activité sous forme d'une petite bande large de quelques millimètres, de coloration rouge vif recouverte de squames finement lamelleuses et parfois pigmentée de fines vésicules. Le centre de la plaque est plus pâle, rosé ou pigmenté, légèrement squameux. L'épidermophytie inguinale est une dermatose rebelle et qui récidive facilement.

Le diagnostic est à faire avec l'intertrigo qui en diffère par sa symétrie et ses bords diffus, avec l'érythrasma qui se caractérise par sa fixité relative, avec l'eczéma vulgaire.

Le traitement qu'on oppose à cette affection est l'alcool iodé en frictions tous les jours. On le combine parfois avec la pommade de Whitfield (acide salicylique 1, acide benzoïque 2, axonge 15 à 30).

Notre méthode consistera comme pour l'érythrasma en badigeonnages quotidiens avec la solution à 2 % en débordant largement en peau saine.

Voici prise parmi quelques autres une belle observation de prompt guérison :

M. B... Pierre présente un eczéma marginé de Hebra typique, à la face interne de la racine des cuisses, l'éruption est assez étendue et ses bords festonnés gagnent le scrotum. On ne trouve pas d'autre localisation d'épidermophytie. Au bout de huit jours d'application de mercuro-chrome en solution, le malade est parfaitement guéri.

Là encore comme pour l'érythrasma le gros avantage de notre méthode est l'absence d'irritation des tissus de la région inguinale qui supporte en général mal l'alcool iodé.

L'EPIDERMOPHYTIE DES EXTREMITES

Affection excessivement fréquente chez l'adulte. Elle est due comme l'eczéma marginé de Hebra à l'Epidermophyton inguinale. Les lieux d'élection sont les espaces interdigitaux des pieds et les plis de flexion des orteils. On en décrit plusieurs formes

La forme sèche la plus fréquente est très importante à connaître parce qu'elle représente la forme de début. Les lésions siègent dans le fond des plis interdigitaux. L'épiderme parasité se détache en larges lambeaux cornés blanchâtres. La surface mise à nu apparaît cerclée d'une collerette épidermique blanchâtre. L'affection est très prurigineuse, gêne le port des chaussures et peut rendre toute marche prolongée impossible.

Dans la forme vésiculeuse dysidrosiforme, l'élément est une vésicule prurigineuse, souvent petite, qu'on rendra plus visible en frottant l'épiderme. Son contenu est séreux et visqueux. Secondairement la vésicule devient pustule et se rompt laissant ainsi à vif une petite surface dermique autour de laquelle persiste une collerette d'épiderme corné blanchâtre et macéré. La lésion s'étend rapidement et conflue avec les éléments voisins.

La forme hyperkératosique est la forme la plus

rebelle. Elle se voit dans les dermatoses qui datent déjà de plusieurs mois. Les faces latérales des orteils sont couvertes d'une couenne épidermique hyperkératosique, enchâssée dans le tégument normal. Cette couenne peut être détachée difficilement du tissu sous-jacent qui reste rouge vif, saignant, douloureux. Elle se reproduit très rapidement et d'une façon désespérante.

Ces diverses formes peuvent coexister ou se succéder. Les lésions s'atténuent pendant l'hiver et présentent des recrudescences en été sous l'influence de la chaleur et de la sudation.

Le traitement est le même que celui de l'eczéma marginé, mais avant d'appliquer la teinture d'iode diluée il faudra faire tomber la couche cornée par des pansements humides pendant la nuit suivis d'épluchage et de ponçage minutieux.

Dans les cas résistants on emploie le Baume Baisade additionné d'acide benzoïque dans la proportion de 10 %.

Notre traitement consistera en frictions énergiques au savon noir de façon à décaper complètement la lésion, suivies de badigeonnages matin et soir avec la solution de mercurochrome à 2 %.

Voici deux observations prises dans le service parmi beaucoup d'autres :

Mme D... Hélène, 32 ans vient consulter pour une affection siégeant entre les orteils et qui par moments lui détermine un prurit très vif.

Nous voyons à l'examen des plis interdigitaux, des lam-

beaux d'épiderme macéré sous lesquels la peau apparaît d'un rose vif avec quelques fissures. Sur les bords des lésions existent de toutes petites vésicules. Nous conseillons des badigeonnages au mercurochrome à 2 %. Excellent résultat très rapide. Guérison en 10 jours.

M. G... Gustave est atteint depuis plusieurs années d'une affection des orteils qui ne le gêne que médiocrement pendant l'hiver, mais qui le fait souffrir en été où se produisent de nombreuses fissures. Il vient nous voir en Septembre 1936 parce que les lésions se sont infectées et qu'il présente sur le dos du pied, de petits éléments de pyodermite. Nous conseillons des bains d'eau de guimauve et l'application d'une pommade au mercurochrome à 2 %. En huit jours, non seulement la pyodermite est guérie, mais il n'existe plus trace de l'épidermophytie des extrémités interdigitales.

En plus de l'absence d'irritation des tissus, dans le traitement par le mercurochrome on observera une sédation immédiate du prurit qui gêne si considérablement les malades.

IMPETIGO VULGAIRE

Affection extrêmement commune chez les enfants de tout âge et chez les adultes à peau fine. Elle est due à l'association du staphylocoque et du streptocoque. Elle est très contagieuse.

La lésion initiale est une bulle qui devient rapidement purulente et se rompt. Le liquide qui s'écoule se concrète en une croûte durable semblable à du miel et dite mélicérique. Cette croûte s'accroît par la sérosité qui suinte de l'élément, le recouvre d'abord et le déborde ensuite en s'accroissant par sa périphérie. Au pourtour naissent des éléments semblables.

L'éruption siège le plus souvent à la face, près de la bouche à la suite de coryza, aux oreilles dans les cas d'otite suppurée, dans le cuir chevelu chez les enfants.

L'impétigo peut guérir spontanément, mais il a tendance à persister et à récidiver.

Pour le traiter on commencera par faire tomber les croûtes à l'aide de pansements humides ou de cataplasmes de fécule de pomme de terre. Une fois cette croûte tombée on fera des attouchements à l'eau d'Alibour. Enfin on appliquera un topique. Le plus employé est la pommade à l'oxyde jaune de Hg. On emploie aussi le nitrate d'argent en solution de

1 p. 100 à 1 p. 10. On se sert également de nombreux colorants; parmi les plus courants citons : le bleu de méthylène en solution à 1 p. 200, le mélange vert de méthyle-crystal violet de Milian, avec lesquels on fait des attouchements deux fois par jour suivis de poudrage au talc.

Le traitement par la pommade à l'oxyde jaune de Hg est le plus classique et donne en général toujours de bons résultats. Malheureusement, il est quelquefois mal supporté et provoque des dermites artificielles.

Nous avons essayé concurremment, la solution de Milian et la solution de mercurochrome, nous avons obtenu des résultats sensiblement équivalents.

Pour que le traitement par l'oxyde jaune de Hg soit actif il faut renouveler plusieurs fois par jour les applications de pommade. Avec le mercurochrome une seule application par jour est suffisante, ce n'est que dans les cas rebelles que nous avons adjoint la pommade pour la nuit.

Insistons encore sur le fait que nous badigeonnons non seulement la lésion mais encore son pourtour de façon à désinfecter largement les tissus sains attenants à la partie malade.

Par cette méthode nous avons toujours obtenu la guérison aussi rapidement que par la pommade à l'oxyde jaune de Hg. On voit donc que l'avantage de ce traitement réside dans sa simplicité et son innocuité complète.

Voici une observation dans un cas de dermite artificielle par l'oxyde jaune de Hg :

Le petit D... Pierre, huit ans, présente un gros impétigo du genou droit. On nous signale que l'année dernière, il a fait une dermite artificielle après application de pommade mercurielle. Nous conseillons de faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes de fécule de pommes de terre, puis nous faisons badigeonner les lésions au mercurochrome à 2 %. La guérison est facilement obtenue en quelques jours.

LE CHANCRE MOU

Le chancre mou appelé encore chancre simple ou chancrelle est une ulcération épidermique et dermique, contagieuse due à l'inoculation du streptobacille de Ducrey. Le chancre mou résulte presque toujours d'une contagion vénérienne directe.

L'incubation est courte de 24 à 48 heures. Au début le chancre a l'aspect d'un vésico-pustule avec aréole inflammatoire puis l'épiderme se déchire et l'ulcération dermique est mise à nu. L'ulcération s'agrandit pour arriver à la dimension d'une pièce de un franc. Elle est ronde ou ovale, les bords sont taillés à pic ou un peu décollés; ils sont dans certains cas « le siège d'une très fine fissuration radiée qui a une très haute valeur diagnostique » (DARIER).

Le fond de l'ulcération est inégal, d'aspect sale, jaunâtre ou jaune grisâtre, recouvert de pus toujours abondant. La base est souple, c'est une tuméfaction inflammatoire molle. Le chancre est douloureux spontanément ou au toucher.

Les ganglions correspondants sont habituellement tuméfiés et douloureux mais ce n'est pas la règle. Ils peuvent suppurer et s'ouvrir, c'est le bubon chancrelleux.

Les chancres mous siègent en général à la région

génitale. Chez l'homme c'est surtout la prépuce, le filet ou le fourreau qui sont atteints. Chez la femme le vestibule, les petites lèvres, le capuchon du clitoris et souvent l'anus ou il prend souvent la forme en feuillet, le bord inférieur tuméfié faisant au dehors une saillie appelée condylome.

Les chancres mous extra génitaux sont rares, on peut en observer aux doigts ou à la main.

Le chancrelle est indéfiniment auto-inoculable; d'ordinaire on en trouve plusieurs nés de la même contagion ou d'auto-inoculations successives. C'est ce que RICORD exprimait plaisamment en disant que « le chancre mou a l'esprit de famille et rit entouré de ses enfants ».

Le diagnostic est en général facile. Le procédé le plus simple pour le confirmer est l'auto-inoculation expérimentale qui fournit en quarante-huit heures une réponse formelle.

Les traitements du chancre simple sont nombreux. On commencera toujours par des nettoyages à l'eau bouillie aussi chaude que possible. On a le choix ensuite entre diverses méthodes.

Exposition du chancre mou à la chaleur du cou-teau d'un thermocautère porté un rouge que l'on tient pendant quelques secondes à quatre ou cinq centimètres de la lésion.

Ou bien on fera agir des antiseptiques : application d'une solution de nitrate d'argent à 10 %, ou la solution d'acide chromique à 10 %; ces solutions sont l'inconvénient d'être trop caustiques. On pou-

drera ensuite avec de l'iodoforme que malheureusement son odeur ne permet souvent pas d'employer. On pourra le remplacer par de l'aristol ou de la poudre de Vincent, mais ces produits ne sont pas très actifs.

On traite aussi le chancre mou par la vaccinothérapie (DMELCOS), c'est une méthode active mais qui détermine en général une forte réaction fébrile.

Plus récemment on a recommandé des pansements locaux avec des stocks filtrats.

La technique que nous emploierons sera identique à celle qu'à décrite le Dr GATÉ dans une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nous ferons pendant quatre à cinq jours de suite une seule application sur le chancre de la solution de mercurochrome à 2 % en insistant sur les bords et les zones de décollement. Au bout de ce temps on ne fera plus l'application que tous les deux ou trois jours. L'avantage de cette méthode résidera dans l'indolence absolue de l'application, la sédation immédiate de la douleur au premier attouchement.

Il n'est nullement nécessaire de poudrer après l'application de l'antiseptique.

Une seconde technique qui paraît encore supérieure consiste à cautériser le chancre les deux premiers jours avec une solution à 5 %. On obtient ainsi une sédation encore plus complète de la douleur. On continue les jours suivants avec une solution à 1 %. L'auto-inoculation pratiquée le lendemain de la première application de la solution de mercurochrome à 5 % reste

stérile, c'est une démonstration éclatante de la haute valeur antiseptique du produit.

Une fois l'antiseptique appliqué on recouvre la plaie d'un peu de vaseline neutre pour éviter l'adhérence du pansement. Ce dernier est inutile quand le chancre siège dans les plis (anus) ou sur une muqueuse (sillon balano-préputial); grâce à la simplicité de la méthode le traitement peut être confié au malade.

Citons deux observations prises au hasard parmi une quantité d'autres :

M. A... Jacques, 27 ans présente quelques jours après un rapport suspect, une ulcération de la verge. Nous le voyons au huitième jour de sa lésion.

C'est un chancre mou typique du fourreau, de la taille d'une pièce de un franc, creusant, à fond purulent, très douloureux à la palpation.

Pas d'adénopathie, l'ultra est négatif, la réaction de Ito-Reenstierna est positive. Le B. W. négatif.

Le malade est alors traité par la méthode classique à la poudre d'aristol. Nous lui demandons de revenir tous les huit jours pour suivre sa sérologie. Quinze jours plus tard son B. W. est toujours négatif, mais la lésion ne guérit pas. L'ulcération est toujours aussi étendue, aussi purulente, aussi douloureuse et il existe dans le pli de l'aîne droite, deux petits ganglions douloureux et fermes. On décide alors d'appliquer du mercurochrome. Un bain de verge à l'eau bouillie, puis badigeonnage avec une solution de mercurochrome, enfin application de pommade au mercurochrome.

Huit jours plus tard, les ganglions inguinaux se sont effacés, le chancre commence à se combler. Guérison au bout de huit autres jours, sans autre complication. La sérologie est restée constamment négative.

Mlle G... Irène, prostituée, 20 ans. Déjà suivie au dispensaire Fournier (Hôpital Broca) pour syphilis acquise, vient consulter le 12 mai 1936 pour une lésion anale très douloureuse spontanément, mais surtout quand elle va à la selle. A l'examen, anite chancrelleuse de Ravaut typique, avec à midi un petit condylome cachant une ulcération creusante, à bords irréguliers, très douloureux. Un prélèvement y met en évidence de nombreux germes parmi lesquels le bacille de Ducrey. La réaction de Frei est négative. L'intra-dermo au Dmelcos, d'abord négative est retrouvée positive quelques jours plus tard. La malade est hospitalisée à la salle Cullerier, on la traite par des bains de siège chauds et un badiageonnage quotidien de l'anus au mercurochrome à 2 %. Très vite les douleurs disparaissent au point que la malade quitte l'hôpital au bout de huit jours. La lésion cependant mettra encore trois semaines à se cicatriser. Il n'y a jamais eu d'adénopathie inguinale.

ULCÈRES VARIQUEUX

Ils s'observent en général chez des sujets âgés de trente cinq à soixante ans. Ils sont d'origine microbienne ou parasitaire. Ils surviennent insidieusement presque toujours sans cause apparente sur des jambes variqueuses. Le siège se trouve en général au tiers inférieur de la face interne de la jambe, un peu plus souvent sur la jambe gauche.

L'ulcère est unique ou quelquefois multiple de forme très variable, arrondie ou ovalaire ou à contours polycycliques dû alors à la coalescence de plusieurs ulcérations primaires qui se sont secondairement réunies.

Les dimensions sont très variables suivant l'ancienneté de la lésion. Il peut arriver à présenter un diamètre de huit à dix centimètres parfois davantage, envahissant une surface considérable. La profondeur varie également de un à plusieurs millimètres.

Les bords sont adhérents aux plans profonds, ils sont taillés en pente douce ou à pic, parfois épaissis et calleux. Le fond a un aspect variable, parfois rouge vif, bourgeonnant, tantôt couvert de détritits grisâtres, de pus sanieux et fétide. La sécrétion est variable, peu abondante si le malade reste couché.

Au pourtour de l'ulcère existe une zone de dia-

mètre plus ou moins étendu qui est le siège d'une dermite sèche ou suintante.

Les ganglions inguinaux sont souvent engorgés. Les varices qui accompagnent presque toujours l'ulcère de jambe résultent de l'insuffisance valvulaire de la saphène.

L'évolution de ces ulcérations est chronique sans grande tendance à la cicatrisation spontanée sauf quand le malade reste couché de longs mois, mais il y a presque toujours récurrence lorsqu'il recommence à marcher.

L'étiologie de l'ulcère variqueux est complexe. Il s'observe en général chez des gens exerçant des professions fatigantes exigeant la station debout, chez des femmes ayant eu de nombreuses grossesses et dans la classe peu aisée. A la notion du rôle des varices dans la pathogénie de l'ulcère variqueux s'ajoutent des troubles nerveux sensitifs et sympathiques. Il se surajoute souvent aussi des troubles de la circulation artérielle surtout chez les gens âgés.

C'est sur ce terrain vicié que se greffent les infections microbiennes et ce sont elles qui jouent le rôle prépondérant dans le processus ulcéreux.

L'agent pathogène principal paraît être le plus souvent le streptocoque. On a pu dire que l'ulcère de jambe est un chancre streptococcique chronique » (SABOURAUD). Assez souvent aussi on constate la présence de bacille pyocianique.

Le diagnostic est à faire avec les syphilides ulcéreuses et les gommès syphilitiques qui sont d'ordi-

naire multiples et bilatérales et préfèrent la face externe des jambes.

Les ulcères tuberculeux sont décelés par leurs caractères spéciaux.

Quels traitements oppose t-on à cette affection. Ils sont innombrables ce qui veut dire qu'il n'y en a pas de réellement bons. Nous ne citerons que ceux qui nous ont paru les plus intéressants. Nous les classerons en traitements non ambulatoires et traitements ambulatoires.

1°) *Les traitements non ambulatoires.*

Les procédés sont soit médicaux, soit chirurgicaux.

a) Procédés médicaux. Les plus courants sont les pansements antiseptiques avec des produits variés (eau d'Alibour étendue, permanganate, vin aromatique, etc...).

Plus récemment on a employé des procédés biologiques. Application de poudres ou de pommades à l'insuline avec association d'injections intramusculaires d'insuline.

On a employé aussi la vaccinothérapie et le bactériophage.

Tous ces procédés donnent parfois de bons résultats mais la critique en est facile car le malade est obligé de rester couché ce qu'on obtiendra bien rarement.

b) Les procédés chirurgicaux. Nous ne parlerons que pour mémoire des ligatures de la saphène et d'autres nombreuses méthodes qui ont été préco-

nisées. Actuellement deux seulement méritent d'être retenues.

L'extirpation totale de la saphène de Terrier-Alglave.

L'anastomose saphène fémorale de Delbet.

On pourra y ajouter les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thierch et la sympathectomie périfémorale. On pourra combiner ces divers procédés.

La critique en est également facile. Le traitement chirurgical nécessite également une immobilisation prolongée et au moment de l'intervention l'anesthésie générale qui est contre-indiquée chez un certain nombre de malades.

2°) *Les traitements ambulatoires.*

On a préconisé d'abord la simple compression élastique de la jambe. On traitait bien de la sorte les varices, mais sans s'occuper de l'ulcération elle-même.

Puis vient la botte de Unna à la colle de zinc que l'on renouvelle tous les cinq à sept jours. Elle donne en général de bons résultats mais une fois la botte enlevée les récidives apparaissent plus ou moins rapidement.

Ensuite vint la méthode des injections sclérosantes qui donne d'excellents résultats mais qui n'est pas applicable à tous les cas. En effet il existe des contre-indications chez les anciens phlébitiques, les hypertendus, les femmes enceintes, les malades atteints d'artérite oblitérante.

Plus récemment est venue la méthode de Bourgraff et ses dérivés. Application sur l'ulcère d'une couche épaisse d'une pâte à base de perhydrol de zinc et tout autour de la plaie d'une couche épaisse d'une pâte à base d'ichtyol et d'oxyde de zinc, puis on enveloppe avec quelques tours d'une bande de gaze sans nœud ni épingle. On maintient le tout avec une bande élastique que le malade retire le soir en se couchant. Les pansements sont renouvelés tous les deux ou trois jours.

Ce traitement est excellent, malheureusement il est assez compliqué et ne peut être fait que par le médecin lui-même, c'est une des conditions du succès de la méthode. Or vu la durée de l'affection cela nécessite un nombre de visites assez considérable. L'ulcère variqueux s'observe surtout dans la classe pauvre, le malade reviendra bien les premières fois revoir son médecin, mais après il essaiera de refaire lui-même ses pansements qui évidemment seront mal faits et le tout finira par un échec. En résumé, à l'heure actuelle, le meilleur traitement dans la classe aisée, mais à rejeter dans la classe pauvre.

Notre traitement qui sera un traitement ambulatoire visera trois buts bien distincts.

1°) Faire disparaître la stase veineuse et tous les troubles trophiques qui en dérivent par la contention des veines superficielles dilatées, contention obtenue par le port d'une bande élastique.

2°) Traiter l'ulcération par notre antiseptique.

3°) Faire que le tout soit une méthode simple, applicable par le malade lui-même.

La technique généralement employée sera la suivante. Badigeonnage de l'ulcération matin et soir avec la solution de mercurochrome à 2 %. Ou bien, badigeonnage le matin avec la solution et application d'une pommade également à 2 % le soir. Un pansement stérile formé de quelques compresses est appliqué par dessus. Dans la journée le malade portera une bande élastique de bonne qualité, serrée modérément enroulée de la cheville au creux poplité. Il retirera la bande en se couchant et la remettra le lendemain matin avant de poser le pied à terre. Afin de ne pas déranger le pansement le malade porte pendant la nuit un bas ordinaire. Il renouvelle les compresses à chaque application. Une fois l'ulcération guérie il porte la bande encore pendant au moins un an s'il veut éviter les récives.

Parmi les nombreuses observations recueillies dans le service citons deux des plus typiques :

Mme V... Angèle, 53 ans, présente depuis un an et demi un ulcère variqueux à chaque jambe. Les lésions sont à peu près symétriques, à la face interne en regard des malléoles. Ulcération ovalaire de sept à huit centimètres de haut sur quatre centimètres de large. Les bords sont en pente douce, non épaissis, le fond est propre, rouge vif. On remarque de grosses varices aux deux membres inférieurs. Nous conseillons à la malade des pansements au vin aromatique en même temps que nous lui proposons de scléroser ses varices par la méthode couramment utilisée dans le service (glucose à 66 % associé au biodure de mercure). La malade cependant ne veut laisser traiter que sa jambe droite, ayant eu a gauche

autrefois une phlébite et ayant peur dit-elle d'une récurrence. Nous traitons donc les varices du côté droit. L'ulcère de ce côté s'améliore, mais reste stationnaire à gauche.

Dans ces conditions, la malade continue le vin aromatique à droite. À gauche, elle applique tous les soirs une pommade au mercurochrome à 1 %, puis au bout de huit jours à 2 %. Un mois plus tard, nous avons la stupéfaction de constater qu'à gauche (où les varices persistent, l'ulcère est complètement fermé, tandis que du côté droit il persiste une ulcération de trois centimètres et demi environ).

M. N... Léon, sergent de ville, 47 ans, présente de grosses varices des deux côtés qui ont récidivé après ablation chirurgicale, qui ont été traitées en vain par la méthode sclérosante (il a dû d'ailleurs interrompre ce traitement à la suite d'une escarre due au salicylate). Depuis trois ans, en regard de la malléole interne droite s'est constitué un ulcère qui atteint actuellement dix centimètres de haut. Cet ulcère en forme de huit mesure six centimètres dans sa portion la plus large, les bords sont calleux, indurés, le fond un petit peu jaunâtre, infecté, la sécrétion est assez abondante et gêne le malade qui a essayé en vain de nombreux traitements et même des piqûres d'acécoline. Notons par ailleurs qu'il s'agit d'un ulcère variqueux pur, sans aucun soupçon de syphilis. Nous commençons par donner au malade un traitement à l'oxyde jaune de mercure pour nettoyer son ulcère, mais dès le lendemain nous devons arrêter cette médication, le malade étant intolérant au mercure. Nous conseillons alors des badigeonnages au mercurochrome à 2 % en solution dans l'eau distillée. Quinze jours plus tard, le malade revient, le fond de son ulcération est propre, bourgeonnant, l'épidermisation commence à se faire sur les bords.

Nous donnons alors une pommade au mercurochrome à 2 %. Le malade continue son métier en appliquant sa pommade tous les jours, le pansement étant maintenu par une bande élastique. Trois semaines plus tard, l'ulcération ne mesure plus que cinq centimètres de haut sur trois centimètres de large. Le traitement est encore continué pendant

six semaines, au bout de ce temps, l'ulcère est complètement guéri.

Par cette méthode nous avons obtenu des résultats sensiblement équivalents à la méthode de Bourgraff tout en présentant sur elle le grand avantage de la simplicité.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA METHODE

Rappelons tout d'abord les principales qualités du mercurochrome considéré comme antiseptique en général.

- 1°) absence d'irritation des tissus;
- 2°) faible toxicité;
- 3°) pouvoir germicide élevé;
- 4°) facile solubilité dans l'eau;
- 5°) rapidité de pénétration dans les tissus malades.

De ces qualités découlent naturellement les avantages de la méthode appliquée à la thérapeutique dermatologique.

L'absence d'irritation des tissus rendu particulièrement précieux le mercurochrome pour le traitement de toutes les dermatoses irritables et principalement celles qui seront situées au niveau ou au voisinage des organes génitaux externes dont l'épiderme est si fragile.

Un autre avantage résidera dans la possibilité de désinfection des tissus sains au pourtour des régions malades. Il ne faudra pas craindre de badigeonner largement avec la solution à 1 ou 2 %, on évitera ainsi l'extension des lésions par simple proximité.

La faible toxicité du mercurochrome permettra d'éviter les dermites artificielles et les brûlures si fréquentes avec un grand nombre d'agents thérapeutiques employés en pratique dermatologique.

Le pouvoir germicide élevé et la rapidité de pénétration dans les tissus permettra d'employer des solutions ou des pommades de concentration très faible en mercurochrome et qui resteront par conséquent excessivement loin de la limite toxique .

Enfin pour terminer un des plus grands avantages de la méthode c'est sa simplicité. Dans tous les cas l'application du traitement pourra être confiée au malade puisqu'il lui suffira de traiter sa dermatose en la badigeonnant avec une solution non toxique et non irritante.

Nous avons vu les avantages, passons maintenant aux inconvénients. Il n'en existe qu'un, mais il faut avouer qu'il est assez ennuyeux. Le mercurochrome est un colorant tenace. Pendant tout le temps qu'il suivra son traitement le malade aura son linge taché en rouge vif. Le médecin ou le malade qui fera l'application se tachera également presque toujours les mains. On ne pourra pas évidemment prétendre que c'est un traitement dissimulé.

Il existe des moyens simples de se débarrasser de cette coloration un peu voyante, mais cela complique malgré tout un peu la méthode, car il faut se procurer d'autres solutions. Rappelons un des procédés que nous avons déjà cité : on frotte les taches avec une solution de permanganate de potassium à 2 % et

on fait agir ensuite une solution d'acide oxalique à la même concentration.

Cet inconvénient unique nous paraît bien faible en regard de tous les avantages que nous avons cités.

Notons que nous avons observé deux ou trois cas d'intolérance au mercurochrome chez des malades, pusillanimes il est vrai, qui se plaignaient de brûlures, ou de fissures à la suite de l'application du produit.

Les récidives ont à peu près toujours été dues à une insuffisance d'application du traitement par le malade.

Nous avons eu quelquefois des échecs, surtout dans les ulcères variqueux, il nous a fallu employer alors un autre traitement.

CONCLUSIONS

I. Le mercurochrome médicament introduit depuis peu en France mérite d'être connu des praticiens dans ses applications en thérapeutique dermatologique grâce à la simplicité de ses applications. C'est en effet là que réside le grand intérêt de la méthode et sur lequel nous avons particulièrement insisté. Combien de traitements en pratique dermatologique peuvent être confiés au malade ? On peut les compter facilement car ils sont bien rares. Avec notre méthode et quelle que soit la dermatose à traiter, le malade le moins intelligent sera capable de faire le traitement lui-même.

II. Un autre avantage est l'absence complète de toxicité et d'irritabilité pour les tissus que présente notre produit. Cela le rend particulièrement précieux pour le traitement des régions à épiderme sensible.

III. Certaines applications du mercurochrome en thérapeutique dermatologique sont déjà connues depuis plusieurs années. Le traitement du chancre mou par cet antiseptique est presque classique. Celui des ulcères variqueux bien que moins connu a déjà été cité.

Par contre il nous a paru intéressant de nous étendre plus spécialement sur le traitement des épidermomycoses, acquisition toute récente due à notre Maître, le D^r TZANCK.

IV. Nous avons insisté spécialement sur le traitement des ulcères variqueux, affection qui se rencontre surtout dans la classe pauvre et dont le traitement entraîne en général des frais assez élevés pour le malade parce que le médecin est seul qualifié pour renouveler les pansements. Grâce à notre méthode, le malade fera lui-même son traitement.

V. Dans l'ensemble, nous avons eu des résultats sensiblement équivalents et parfois supérieurs aux autres méthodes, mais présentant sur elles le grand avantage de la simplicité.

Vu : Le Président de la Thèse,
TANON.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BURN (J. H.) and ELPHIK (G. K.). — Toxicity of different commercial samples of mercurochrome 220. (*Quat. Journ. Pharm. and Pharmacol.* 3. 176-186, April-June 1930).
- CLEVELAND (D. E. H.). — Mercurialism from external use of mercurochrome 220 soluble. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* Chicago 1925, LXXXV, p. 256-262).
- DARIER. — Précis de dermatologie.
- DAVID (Ch.). — La D. O. M. F. et ses applications thérapeutiques en particulier en gynécologie et en urologie. (*Gazette des Hôpitaux*, 20 sept. 1930, N° 76, p. 1341).
- GATÉ. — La D. O. M. F. dans le traitement des pyodermites et des chancrelles. (*Bulletin de la Sté de Dermatologie et de syphil.* N° 6, Juin 1932, p. 826).
- GATÉ (J.) et CUILLERET (P.). — Quelques applications thérapeutiques de la dibromoxymercurifluorescéine en dermatologie. (*Paris Médical*, 21 janvier 1933, p. 53-55).
- JACQUES (P.). — Le mercurochrome en otologie. (*Bulletin Médical*, 29 fév. 1936, p. 143).
- LAVAL (L. C. A.). — Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique de la dibromoxymercurifluorescéine et de ses applications en thérapeutique. (*Thèse Paris*, 1933).
- LAVIALLE (J.). — Traitement local des nitrites par le mercurerhthrosine. (*Thèse Paris*, 1926).
- LÉO (G.). — Sur le mercurochrome. Traitement des furoncles. (*Bulletins et Mémoires de la Sté de Chirurgie de Paris*, 21 : 753-760. 6 déc. 1929).
- LÆSER (D.), HUMBURGER (E. R.) and KONWISER (A. L.). — The stability of mercurochrome solutions. (*Chicago Med. Record*, 1925, XLVII, p. 61-65).
- PATTON (L. K.). — Expériences with mercuro-chrome. (*Texas State Journ. of Med.*, 1925, XXI, p. 302-303).

- ROTHCHILD (M. L.). — Le mercurochrome, un nouvel antiseptique. (*Thèse de Paris*, 1926, N° 138).
- ROUVET (F. F.). — Contribution à l'étude du mercurochrome et de son emploi comme antiseptique externe. (*Thèse Paris*, 1935).
- SCOTT (W. W.), HILL (J. H.) and ELLIS (M. G.). — Action of mercurochrome and tincture of iodine in skin disinfection. (*The Journal of the Amer. Med. Ass.*, N° 2, January 12, 1929).
- SIMMONS (J. S.). — Comparative bactericidal action of mercurochrome and iodine solutions used as local disinfectants. (*Surg. Gynec. et Obst.* 56 : 55-61, January 1933).
- SMITH (J. W.). — Mercurochrome and iodine as disinfectants of skin. (*J. Urol.*, 28 : 485-501. October 1932).
- TODD (A. T.). — Experimental and clinical investigation of mercurochrome. (*Lancet, London* 1925, II, p. 1017-1019).
- TZANCK et BONNET. — Action du mercurochrome sur le pityriasis versicolore. (*Bull. de la Soc. de Derm. et Syphil.*, N° 1, Janv. 1937, p. 98-99).
- VISCHER (J. W.). — Dosage of mercurochrome 220 soluble. (*Journ. of Amer. Med. Assoc. Chicago*, 1924, LXXXIII, p. 376).
- VON OETTINGEN, CULHORN, PICKETT. — Comparative studies of mercurochrome and other antiseptics. (*Journ. Amer. of Med. Assoc.*, 99 : 127-134, July 9, 1933).
- YOUNG (Hugh), JUSTINIA (H.), HILL (M. S.), WALTHER, DENNY (L.). — The use of mercurochrome 220 soluble in the treatment of infectious diseases of the skin. (*Arch. of dermatology and syphilology*, Avril 1926, XII, p. 465-488).
- ZUNZ (Edgard). — Eléments de pharmacodynamie spéciale.

